

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

221

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri DELIVET

Né le 12 Février 1884 à Carrouges,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

DE LA

COLPECTOMIE TOTALE

Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELA VIGNE

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri DELIVET

Né le 12 Février 1884 à Carrouges,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

DE LA

COLPECTOMIE TOTALE



Président : M. PIERRE SEBILEAU, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHTER
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Pactériologie.	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU.

Agrévés en exercice

MM.

ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEI-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILLEIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES CAMARADES DE GUERRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique,
Membre de l'Académie de Médecine.

*Hommage de mon dévouement et de
ma sincère affection.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

- 1905-06 M. le Professeur LE DENTU, Hôtel-Dieu.
1906-07 M. le Docteur DARIER, Hôpital Broca.
1907-08 M. le Docteur GUINON, Hôpital Bretonneau.
1908-09 M. le Professeur agrégé LAUNOIS (in memoriam), Hôpital
Lariboisière.
1909-10 M. le Docteur DUFOUR, Maternité.

Internat provisoire :

- 1910-11 M. le Docteur Paul RICHE, Hospice de Bicêtre, Chirurgie.

Internat :

- 1911-12 M. le Docteur MÉNARD, Hôpital de Berck.
— M. le Professeur agrégé THIERY, Hôpital de la Pitié.
1912-13 M. le Docteur DOLÉRIS, Maternité de St-Antoine.
— M. le Professeur agrégé REYNIER (in memoriam), Hôpital
Lariboisière.
1913-14 M. le Professeur agrégé MARION, Service Civile, Hôpital
Lariboisière.
Février 1914-Août 1914. M. le Docteur CHAPUT, Hôpital Lari-
boisière.
Février 1919-20..... M. le Docteur CHAPUT (in memoriam).
— M. le Professeur agrégé DESMAREST,
Hôpital Lariboisière, Bicêtre).

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. les Professeurs agrégés LOEPER et MAUCLAIRE.

MM. les Docteurs CATHALA, accoucheur des Hôpitaux, CHIFOLIAU,
LABEY, chirurgiens des Hôpitaux.

A M. le Professeur Pierre DUVAL.

A MM. les Docteurs LENORMANT, LARDENNOIS, HALLOPEAU, chi-
rurgiens des Hôpitaux; LHOUSTE, Médecin des Hôpitaux.

*Hommage reconnaissant de la cordiale
bienveillance qu'ils nous ont témoi-
gnée pendant la guerre.*

A MM. les Docteurs HARVIER, SAÏSSI, MÉTIVET, CIVATTE, CALVÉ,
ANDRIEU.

INTRODUCTION

De toutes les infirmités, le prolapsus génital est peut-être celle qui a donné naissance au plus grand nombre de procédés opératoires. Nous nous bornerons, dans ce modeste travail, à exposer rapidement les plus employés d'entre eux et nous étudierons la colpectomie totale qui, seule, ou mieux associée à l'hystérectomie et à la périnéorrhaphie, est, à notre avis, l'unique méthode capable d'assurer la guérison des grands prolapsus génitaux chez les vieilles femmes.

Cette opération n'a été, à notre connaissance, pratiquée que rarement en France : Savariaud s'est fait l'apôtre de l'opération de Müller qu'ont exécutée ensuite Vignard de Nantes et Papin.

Pozzi et Chaput ont pratiqué quelques hystéro-colpectomies et paraissent y avoir renoncé dès 1894. Notre maître, M. Desmarest a eu l'occasion de faire onze hystéro-colpectomies combinées à la périnéorrhaphie. L'ayant assisté plusieurs fois, et ayant pu voir la plupart de ses opérées après un temps plus ou moins long, nous nous sommes convaincu de la simplicité de

sa technique et de l'excellence des résultats immédiats et éloignés. Nous lui adressons nos sincères remerciements et l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer et l'amabilité qu'il nous a toujours témoignée.



APERÇU DES PRINCIPALES OPÉRATIONS FAITES DANS LES GRANDS PROLAPSUS

Les opérations dirigées contre les prolapsus du 1^{er} degré [simple dépression du niveau de l'utérus avec intégrité ou relâchement peu marqué des parois vaginales et du plan de soutien; Pichevin] et contre ceux du 2^e degré (prolapsus proprement dit dans lequel le col affleure la vulve et les parois du vagin ont subi un degré proportionné de relâchement) constituent une partie bien réglée de la chirurgie gynécologique : l'acte fondamental est la colporraphie antérieure combinée à la colpopérinéorraphie; suivant les circonstances : ou tout se borne à ce temps, ou on l'associe à l'amputation du col si celui-ci est hypertrophié (opération de Bouilly préconisée en 1914 par Lenormant et Petit-Dutaillis), ou bien à la fixation abdominale de l'utérus, soit hystéropexie proprement dite, soit mieux ligamentopexie suivant le procédé de Doleris.

Quant à l'utilisation plastique de l'utérus, fréquente en Allemagne et aux Etats-Unis, elle est exceptionnelle en France : Schauta fixe à la paroi vaginale antérieure

l'utérus renversé en avant; son fond est près du méat et soutient la vessie en s'appuyant sur le vagin. Wertheim suture l'utérus à la paroi vaginale antérieure, mais en le plaçant dans la cavité même du vagin. Freund-Fritsch renverse complètement l'utérus dans la cavité vaginale en le faisant passer par le cul-de-sac antérieur et rattache sa face postérieure à la paroi vaginale antérieure, sa face antérieure à la paroi vaginale postérieure.

Contre les prolapsus des deux premiers degrés qui se rencontrent chez des femmes jeunes, en pleine activité sexuelle susceptibles d'avoir de nouvelles grossesses, on aura donc recours à des opérations conservatrices qui toujours sont suffisantes et donnent d'excellents résultats.

Contre les prolapsus du 3^e degré au contraire, contre les procidences complètes (l'utérus recouvert du vagin totalement inversé ayant complètement quitté le bassin et formant hors de la vulve une tumeur réductible ou non) on a tenté des opérations variées avec des résultats divers : non seulement, en effet, les lésions sont portées à leur maximum, mais on a affaire à de vieilles femmes dont les tissus et les organes ont peu de vitalité et n'ont aucune tendance à la réparation; les opérations conservatrices seront le plus souvent vouées à un échec et on sera obligé de recourir à des opérations mutilantes.

Opérations conservatrices.

Hystéropexie. — *Rouffart* bascule l'utérus autour du bord inférieur du péritoine de l'incision abdominale; le bord supérieur du corps utérin est logé dans la cavité de Retzius; les sutures portent sur la face postérieure de l'utérus et du col qui, fortement attiré en haut dans la plaie abdominale remonte le vagin et fait disparaître cystocèle et rectocèle. Il complète par des plastiques vaginales.

Depage, Kocher, Moreau, Lauvers : attraction de l'utérus hors du ventre; suture du péritoine en arrière; refoulement du tout entre le muscle et le péritoine. On enlève de chaque côté un lambeau du muscle droit et ces deux lambeaux sont suturés de chaque côté de la matrice dont ils constituent le véritable ligament.

CRITIQUE : L'utérus prolabé, gros, métritique, placé sous la peau devient le siège de douleurs et est exposé aux trauma. Il sera tiraillé par le vagin qui, lui, tendra à descendre de plus en plus avec la vessie et le rectum. Ou il se détachera, ou il se formera un pédicule entre la paroi abdominale et l'utérus, ou bien encore, la faiblesse des moyens de fixité de l'appareil génital aidant, la matrice poussée par la pression intra-abdominale entraînera, en la déprimant, la paroi du ventre. Les récurrences sont fréquentes si l'on n'a soin d'ajouter à l'hystéropexie une large colporraphie antérieure et une colpopérinéorraphie.

Hystéro-cysto-ventropexie. — *Laroyenne* utilise un procédé qui combine les avantages de la cystopexie antérieure telle que l'a pratiquée M. Tuffier et de la vésico-fixation de Mackenrodt où la vessie est suturée à l'utérus mais après des manœuvres vaginales compliquées et sans fixation préalable de l'utérus. Ce procédé comprend 3 temps : hystéropexie. Suture de la paroi postéro-supérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus. Suture de la face antérieure de la vessie à la paroi abdominale au-dessous de la zone d'adhésion réservée à l'utérus.

J. Kiriac (de Bucarest) suit une technique à peu près semblable : dissection d'un lambeau de 3 centimètres à la face antérieure de l'utérus ; avivement de la paroi et hystéropexie par trois fils de soie. Fixation de la face antérieure de la vessie à l'abdomen par une soie. Fixation de la face postérieure de la vessie à l'utérus par une ou deux soies. Cet auteur a pratiqué 12 fois cette intervention mais ne donne pas les résultats.

Pichevin adresse à l'hystéro-cysto-ventropexie les reproches suivants : suspension de l'utérus gros, congestionné, qui devient un organe abdominal ; ligaments, muscles, etc., restent relâchés. Tiraillements abdominaux ; troubles vésicaux.

Interposition vésico-vaginale de l'utérus (Schauta-Wertheim). — Elle n'offre pas de garantie absolue contre la récurrence. Celle-ci est assez fréquente, et d'après Weibel, peut survenir selon deux types ; dans l'un c'est le fond de l'utérus qui descend le premier ; dans l'autre c'est le

col qui bascule et les choses se présentent comme elles étaient avant toute opération. Il propose de traiter ces récidives : 1° par le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés qui ne peut être pratiqué que par la voie haute; 2° par une opération plastique sur les parois vaginales accompagnée d'une suture des releveurs; 3° par une hystéropexie en cas d'insuffisance du plancher pelvien.

Opérations Mutilantes.

Hystérectomie abdominale. — Elle a toujours été combinée à des opérations complémentaires :

Muller la fait suivre de la fixation du moignon du col à la paroi.

Legueu fixe le moignon à l'angle inférieur de la plaie et complète par une colpopérinéorrhaphie.

Jacobs (Bruxelles) enlève par le ventre les culs-de-sac vaginaux et une bague vaginale d'autant plus large que le degré de prolapsus vaginal est plus accusé ; il reconstitue les parois vaginales et la voûte qu'il suture aux ligaments ronds qui viennent se rejoindre en son milieu et il recouvre le tout du péritoine.

Pollosson (de Lyon) fixe le dôme vaginal aux muscles et aponévroses de l'abdomen (en dehors du péritoine) sur le milieu de la ligne d'incision.

Violet (de Lyon) ajoute à la fixation du moignon utérin aux muscles et aponévroses le froncement du cul-de-sac postérieur dans le sens longitudinal.

CRITIQUE : l'hystérectomie abdominale ne nous paraît

justifiée que s'il existe des lésions annexielles ou utérines qui en fournissent la principale indication : chez les vieilles femmes, elle n'est pas sans danger et, même associée à la fixation du col ou du dôme vaginal, elle n'assure pas la guérison du prolapsus.

Hystérectomie vaginale. — Elle est bénigne et sans retentissement sur l'état général, mais, comme l'hystérectomie abdominale, elle est insuffisante; aussi a-t-elle été associée.

a) A la colpopexie ligamentaire :

Procédé de *Beverly, Mac Monagle* (de San Francisco), de *Martin* (de Berlin), de *Gzempin* : suture des ligaments larges l'un à l'autre afin de fermer le péritoine et d'assurer un point d'appui au vagin.

Procédé de *Quénu* : après hystérectomie, ligature de chaque ligament large par trois fils de soie plate dont un chef sur deux est coupé; réunion l'un à l'autre des deux moignons des ligaments larges de manière à faire une sangle; suture du péritoine en avant et en arrière aux bords antérieur et postérieur de l'angle; suture au catgut de la face cruentée du vagin à la surface extra-péritonéale des pédicules.

CRITIQUE : Pour *Richelot* la fixation vaginale est illusoire car les ligaments larges ne sont pas des lambeaux auto-plastiques et elle ne donne de bons résultats que par la colpopérinéorrhaphie qu'on y adjoint.

Procédé de *Pauchet* : suture les moignons des ligaments larges, ronds, utéro-sacrés à la plaie vaginale au point exact où le col utérin s'insérât.

a) A la colpectomie (*procédés de Frilich, Martin*).

Opérations sur le vagin. — *Cloisonnement* du vagin ou opération de Le Fort; ce procédé paraît avoir été peu employé, Juvara (de Bucarest) en vantait en 1910 la simplicité, le peu de gravité et les bons résultats thérapeutiques.

Colpectomie seule : c'est l'opération de Müller.

Occlusion vulvaire complétée par une large élytrorrhaphie.
— Blanc (de St-Etienne) n'a pratiqué cette opération d'exception que 10 à 15 fois avec de bons résultats.



LA COLPECTOMIE TOTALE

Définition. — La colpectomie totale consiste en une résection complète de la muqueuse vaginale; la cavité vaginale se trouve remplacée par une colonne cicatricielle qui supportera l'utérus (colpectomie simple) ou la masse intestinale (colpectomie combinée à l'hystérectomie); cette intervention a donc pour but d'occlure le vagin au-dessus de la vulve et de fermer par en bas le périnée.

Indications.

Elle est essentiellement indiquée pour triompher de la chute des parois vaginales, du déroulement complet de l'organe appelé : inversion vaginale par Tuffier, éversion vaginale par Pothérat.

Cette chute du vagin se produit dans deux circonstances :

1° *Après hystérectomie* : c'est l'inversion vaginale proprement dite qui forme un véritable sac herniaire dans lequel peuvent descendre les viscères pelviens et qui, comme l'a montré Tuffier dans son rapport à la

Société de Chirurgie en 1910, provoque des troubles sérieux qui lui appartiennent en propre. C'est une affection exceptionnelle qui, d'après Tuffier, n'a jamais suivi l'hystérectomie abdominale et a succédé, dans toutes les observations qu'il a relevées, à l'hystérectomie vaginale : Dans ses 7 cas, l'hystérectomie avait été commandée cinq fois par prolapsus complet de l'utérus, une fois par fibrome et une fois par métrorragie. Dans nos observations 26 et 28, l'inversion a suivi l'hystérectomie abdominale subtotale.

2° *Consécutivement à un prolapsus utérin* qui, par suite de négligence ou de récurrence opératoire, aboutit à la procidence complète de l'organe. Il s'agit alors d'un prolapsus génital total que ne saurait guérir l'ablation isolée de la matrice. Cette seconde variété d'inversion vaginale est de beaucoup la plus fréquente; c'est surtout elle que nous aurons en vue dans cette étude.

La colpectomie dans l'inversion vaginale proprement dite.

« Elle constitue une opération très logique puisque l'entérocele vaginale est une hernie et qu'on la traite comme telle par la résection du sac et la réfection de la paroi ».

Technique de Tuffier et Guibal (Résumé) :

1° *Colpectomie* : a) Dissection de la face postérieure du vagin (pour n'être pas gêné par le sang) jusqu'au cul-de-sac péritonéal peu profond.

b) Dissection des parois latérales (très facile) en haut jusqu'au péritoine, en avant jusqu'à l'union des faces antérieure et latérale du vagin.

c) Dissection de la face antérieure. On complète l'incision postérieure par une incision semi-circulaire antérieure muco-cutanée qui coupe les petites lèvres en leur milieu et passe à un centimètre derrière le méat. En avant, cette dissection est délicate en cas de grosse cystocèle; en arrière, elle est aisée à cause de la persistance du plan de clivage. On se tiendra près de la surface vaginale pour respecter les uretères.

Le vagin ne tient plus que par son dôme suspendu au péritoine; excision totale du sac péritonéal en ne laissant qu'une collerette de 1 centimètre en avant sur la vessie, en arrière sur le rectum, latéralement sur les parois de l'excavation.

2° *Restauration du périnée* : a) 1^{er} plan : Suture du péritoine.

b) 2^e plan : Suture vésico-rectale (qui suspend solidement la vessie et rend hermétique la suture péritonéale) par trois ou quatre catguts.

c) 3^e plan : Suture au catgut n° 2 des releveurs dépouillés de leur aponévrose au niveau de leur face inférieure et de leur bord interne, recouverts de celle-ci sur leur face supérieure où elle est plus épaisse et plus résistante.

d) 4^e plan : Suture du périnée superficiel : des fils métalliques ou des crins chargent tous les tissus superficiels, traversent les releveurs dont ils renforcent la suture, solidarissant les deux plans et assurant l'hémostase.

Drainage.

Soins consécutifs : Constipation huit jours. Ablation du drain le 2^e jour, des fils métalliques le 10^e jour. Sonde à demeure pendant dix jours.

Observation I. — (Guibal, de Béziers).

Malade âgée de soixante ans, ayant eu à 35 ans une déchirure du périnée recousue séance tenante; 17 ans plus tard prolapsus utérin tel que l'hystérectomie vaginale est pratiquée; trois mois plus tard un prolapsus du vagin nécessite une nouvelle périnéorrhaphie.

S. P. — Prolapsus vaginal du volume du poing constitué verticalement de bas en haut par un gros sac extra-vulvaire, puis par un collet au niveau de l'urètre et des releveurs, enfin par une nouvelle dilatation au-dessus. D'avant en arrière, deux parties : une antérieure vésicale, une postérieure réductible avec gargouillement. De la cicatrice de l'hystérectomie partent deux cordons constitués par les ligaments larges.

S. P. — Impossibilité de vider la vessie sans le secours de la main. La malade ne peut ni travailler, ni se tenir debout sans souffrir; elle doit vivre assise ou couchée.

Résultat éloigné de l'intervention : 15 mois plus tard, pas trace de récurrence; la malade peut marcher et travailler sans aucune gêne.

Observation II. — (Stratz de la Haye).

Femme de 68 ans se plaignant d'un « ballon » qui était apparu entre ses cuisses, douloureux, tantôt gros, tantôt petit, et causant de grands maux. 20 ans avant, hystérectomie vaginale pour hémorragie.

S. P. — Gros prolapsus légèrement ulcéré à son sommet,

sonore dans toute son étendue sauf dans son tiers antérieur au voisinage de l'urètre. Après réduction, la palpation bimanuelle ne perçoit aucune espèce d'organe, sinon deux cordons minces s'étendant à gauche et à droite de deux orifices fistuleux situés vers la pointe du prolapsus. A dix centimètres au-dessus du périnée, le collet de l'inversion se rétrécit si fort qu'on peut y passer facilement un doigt, deux avec difficulté. Une sonde conduite dans l'urètre ne se laisse pousser dans le prolongement que sur deux centimètres. Le rectum n'envoie aucun diverticule. Il s'agit donc d'une inversion totale du vagin après une extirpation vaginale, pleine d'anses intestinales, sans rectocèle ni cystocèle, donc d'une entérocele pure.

Opération : Colpectomie totale avec réfection périnéale.

Suites : Malgré la médiocrité des tissus, guérison sans retour.

Observations III et IV. — (Bröse, de Berlin).

Deux cas d'entérocele vaginale à la suite d'hystérectomie pour prolapsus.

1^{re} Observation : Apparition trois mois après l'opération.

2^o Observation : Accident grave : sphacèle de la paroi de la hernie, perforation avec issue et étranglement de l'intestin, Bröse, après réduction de l'intestin extirpa la paroi vaginale en entier et reconstitua le périnée : Suture des releveurs, extirpation des petites lèvres et réunion par dessus le diaphragme pelvien des bords avivés des grandes lèvres.

La colpectomie dans le prolapsus génital total.

Certains chirurgiens se contentent de pratiquer, dans ces cas la colpectomie; d'autres l'associent à l'hystérectomie vaginale et à la périnéorrhaphie.

Colpectomie simple.

P. Muller (de Berne) le premier, afin d'atténuer la gravité de l'intervention chez les vieilles femmes porteuses de prolapsus, eut l'idée de limiter l'acte opératoire à la colpectomie; il fit connaître son opération en 1896 à une réunion de la Deutsche Naturforsch. Gesellschaft : tandis qu'à l'étranger, en Allemagne, en Autriche, en Suisse, aux États-Unis les observations se multipliaient, aucune n'est relatée dans la littérature médicale française jusqu'en 1906 : Savariaud, qui venait de faire deux colpectomies écrivait à cette date : « En France, personne n'a pratiqué à ma connaissance cette opération séduisante. » Delanglade au Congrès de gynécologie d'Alger (Avril 1907) faisait l'éloge du procédé mais ne l'avait pas pratiqué. En 1908, Vignard (de Nantes) publiait quatre observations avec de bons résultats. En 1910, Gaston relatait dans sa thèse une observation de Papin. Enfin, en Juin 1919, Savariaud présentait à la Société de chirurgie une malade à qui il avait fait une colpectomie combinée à une périnéorraphie, avec excellent résultat immédiat.

Technique de Muller (d'après Mlle Krükova, thèse de Genève, 1903).

« Avec une pince à traction on abaisse fortement la matrice, de sorte que l'organe prolapsé se trouve complètement en dehors des organes génitaux externes. De cette façon, les culs-de-sacs vaginaux s'effacent et il ne reste qu'un petit sillon qui fait le tour du prolapsus. En

tirant toujours, on fait une incision circulaire partant du tubercule urétral ou d'un point situé à peu près à un centimètre au-dessous et longeant le sillon à une distance d'à peu près un centimètre 1/2. On commence cette incision du côté droit, la pointe du couteau étant dirigée en bas, puis on remonte sur la face antérieure et abaissant de plus en plus le manche du couteau on arrive du côté gauche. Ensuite on soulève le col en avant et, en passant par la face postérieure, on retombe sur le point de départ.

L'incision circulaire étant faite, on détache soit avec le bistouri, soit par de simples tractions, la muqueuse vaginale qui recouvre l'utérus prolabé de tous les côtés et on la retourne comme un doigt de gant. On continue cette dissection jusqu'à l'insertion de la muqueuse vaginale sur le col. Là, on la détache du pourtour du col. De cette manière toute la muqueuse se trouve enlevée (sauf cette bandelette qu'on laisse près de la vulve) et le vagin ne présente plus qu'une vaste plaie dépourvue de son revêtement muqueux.

Cette plaie, réunie par une suture en étage de telle sorte que les deux parois latérales du vagin se trouvent accolées dans toute leur étendue, donnera plus tard la colonne cicatricielle qui retiendra l'utérus dans sa position. A mesure que l'on referme la plaie par un surjet au catgut, l'utérus est refoulé vers sa situation primitive dans la cavité abdominale, la réduction se faisant d'elle-même. Selon l'étendue de la plaie qui dépend elle-même du degré de prolapsus, l'occlusion sera faite par deux, trois ou même quatre étages de suture. Il ne

reste plus qu'à réunir les bords de la collerette vaginale par quelques points à la soie ou au crin posés dans l'axe de la vulve.' »

OBSERVATIONS :

Observations de Savariaud (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* 1909).

Observation 5. — Colpectomie totale pour prolapsus. Mme B..., 55 ans, pas d'enfants. Prolapsus complet réductible, ulcération du museau de tanche.

Colpectomie : Colomnisation du vagin par quatre fils en bourse; surjet sur les lèvres de l'incision circulaire du vagin.

Six mois plus tard : va bien mais douleurs sourdes du côté gauche. Vulve béante, 3 cm. $1/2 + 2$; la paroi vaginale antérieure bombe; vagin de longueur normale admet un spéculum ordinaire; petit utérus, annexe gauche un peu grosse et un peu sensible.

Observation 6. — Colpectomie totale avec amputation du col et colpoperinéorrhaphie : Femme 63 ans; prolapsus complet, ulcéré; métrite.

Colpectomie; amputation haute du col hypertrophié; le corps a à peine le volume d'une noix; fermeture par deux points de la cavité corporelle saine. Colporraphie dans le sens longitudinal; colpoperinéorrhaphie postérieure.

Deux mois et demi plus tard: Pas de métrite, vulve étroite; vagin long de l'index admettant un spéculum virginis; périnée haut de 4 centimètres; dans l'effort, cuisses écartées, le périnée bombe en masse mais la vulve reste étroite.

Observations de Vignard (*Gazette Médicale
de Nantes*, 1908).

Observation 7. — Mme Guen, 67 ans, entre fin Juin 1906 pour prolapsus total du vagin; le début remonte à 29 ans; complet depuis 3 ans; irréductible depuis 2 mois. Jadis application d'un pessaire sans résultat.

A l'examen: prolapsus total, col très ulcéré; les ulcérations, d'ailleurs superficielles, donnent lieu à un écoulement de sang mélangé de pus:

Opération le 2 Juillet 1906 avec abrasion du museau de tanche.

Suites opératoires simples.

Revue le 3 Septembre: Aucune récidive; petit vagin long de deux phalanges d'index à fond cicatriciel; aucune tendance au prolapsus par la toux et l'effort. Aucun écoulement vagino-utérin.

Le 5 Novembre: Aucune gêne, malgré toux incessante; pas de prolapsus à l'examen. Le résultat peut être considéré comme très bon.

Observation 8. — Mlle Rose V..., 52 ans, domestique célibataire; ménopause à 48 ans. Depuis 4 mois, prolapsus total du vagin. Un anneau de Dumontpellier porté pendant un mois fut mal supporté; souffre d'incontinence d'urine dès qu'elle est debout; troubles intestinaux: expulsion des gaz difficile.

Le 16 Novembre 1906, colpectomie totale. A cause d'un petit hématome, désunion sur 2 centimètres; deux crins placés secondairement réparent la brèche; sortie le 3 Décembre en excellent état.

Vue à différentes reprises de décembre 1906 à Juin 1907. Résultat très bon: vagin de longueur du pouce; aucune tendance au prolapsus; a repris sans aucune gêne son métier de jardinière. Fonctions vésicales parfaites.

Observation 9. — Marie P..., femme J..., 62 ans, ménagère. Réglée à 21 ans, mariée à 29; 6 grossesses à terme; deux fausses couches. Légère déchirure du périnée au premier accouchement. Ménopause à 50 ans. Depuis 6 ans, l'utérus avait tendance à tomber : pesanteur dans le bas-ventre, tiraillement dans les aines; dysurie; difficultés de la défécation. Dans les efforts, col à la vulve. En Juillet dernier, elle fit de grands efforts au cours de la fenaison et sentit le prolapsus augmenter. A l'examen : prolapsus total, réductible; pas d'allongement hypertrophique du col.

Le 22 Novembre : Colpectomie, drainage.

Suites opératoires normales : Au 15^e jour, le vagin long de 6 à 7 centimètres présente encore l'orifice du drain non cicatrisé et admettant la pulpe de l'index.

Revue le 11 Février 1908 : résultat parfait; tissu de cicatrice solide au fond d'un cul-de-sac vaginal de 5 à 6 centimètres de profondeur. La toux, les efforts ont été supportés sans aucune gêne; aucune tendance au prolapsus.

Observation 10. — Mme Con..., 51 ans, ménagère; prolapsus vaginal presque complet ayant débuté il y a quinze ans et augmentant depuis la ménopause il y a 18 mois.

Colpectomie le 5 Février 1906 sous rachi-stovainisation : Le prolapsus étant incomplet en arrière, la colpectomie est moins complète; les sutures terminées, il persiste un vagin d'une longueur suffisante pour le coït, avec léger degré de rectocèle.

A la sortie le 27 Février : marche sans la moindre gêne; le vagin admet les deux tiers de l'index, le fond est occupé par un tissu résistant. Comme l'utérus ne présentait aucune sécrétion cavitaire il est à présumer qu'il restera silencieux.

Observation de Papin (*thèse de Gaston*, Paris, 1910).

Mme X..., concierge, 51 ans, pas réglée depuis 18 mois, envoyée à Necker pour gros prolapsus de l'utérus.

La malade, bien réglée jusqu'à sa ménopause, a eu deux enfants, a été déchirée à son dernier il y a 20 ans. Depuis s'est constitué peu à peu le prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle. Quand la malade tousse, on voit sortir le col utérin qui n'est pas hypertrophié, la vessie et le rectum ; l'ensemble de la tumeur est à peu près du volume d'une tête d'enfant. On a fait, il y a trois mois, une périnéorrhaphie dans un autre hôpital, rien n'a tenu. Le périnée est très mauvais : il n'y a rien à tenter de ce côté. Après avoir songé à l'hystérectomie, je décide d'essayer la colpectomie suivant le procédé de Muller.

Opération en Juillet 1909 sous chloroforme.

Suites normales ; presque pas de suintement par le drain. Sortie guérie au bout de trois semaines.

Revue 3 mois après, la suture a bien tenu : il y a formation d'un petit cul-de-sac où l'on peut introduire le bout de l'index.

Observation de Savariaud (*Soc. Chir.* 1919).

Observation 12. — Mme Th..., 59 ans, femme obèse, présentant depuis plusieurs années un prolapsus utérin qui s'accuse de plus en plus, si bien qu'actuellement la matrice fait entre les cuisses de la patiente une saillie du volume d'un gros poing ; cette saillie s'exagère dans la station debout et ne rentre pas spontanément quand la malade est dans le décubitus. La réduction manuelle est du reste malaisée et ne tient pas. La masse procidente est souillée de muco-pus jaunâtre et détermine de l'irritation permanente de la face interne des cuisses.

Pendant une semaine, la malade est laissée au lit et soumise

à des soins de nettoyage quotidien antiseptique en même temps qu'elle subit un régime alimentaire réduit.

Intervention le 7 Avril : anesthésie rachidienne à la coca-stovaïne.

Colpectomie totale avec périnéorraphie.

20 Avril. — L'orifice vulvaire mesure 4 centimètres : le doigt pénètre dans la vulve à une profondeur de 3 centimètres ; le périnée en mesure 6, formant une sangle transversale de plusieurs centimètres d'épaisseur qu'on apprécie bien par le toucher vaginal et rectal combiné. A 1 centimètre en arrière de la fourchette s'ouvre une petite fistule par où s'écoule un peu de pus ; le stylet s'y enfonce à 2 centimètres en plein périnée. Quand la malade fait effort, la région périnéo-vulvaire ne change point d'aspect.

12 Mai. — La fistule périnéale persistant, on enlève un crin profond qui l'entretenait.

25 Mai. — Guérison complète, l'opérée sort de l'hôpital.

Colpectomie combinée à l'hystérectomie vaginale. — La colpectomie n'a pas été à l'origine pratiquée isolément ; elle a constitué le temps capital d'une combinaison opératoire dont « l'hystérectomie vaginale n'est que le temps complémentaire quoique initial » (Pozzi).

Les premiers, en Allemagne, Fritsch et Martin associèrent la colpectomie à l'hystérectomie vaginale réalisant une véritable cure radicale de la hernie génitale. En France, Pozzi et Chaput, ayant connaissance des résultats excellents et durables obtenus par ces chirurgiens, pratiquèrent cette opération en apportant quelques modifications à la technique.

Technique de Fritsch (décrite par Asch, 1889). —

« La malade étant placée dans la position dorsosau-

crée on place une pince de Museux sur le col, on tire fortement en haut et en avant; on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur, répondant à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre de suite le cul-de-sac de Douglas et on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. Il est alors très facile d'attirer le fond de l'utérus dans la plaie. Une éponge montée étant placée dans le cul-de-sac péritonéal pour empêcher l'intestin de sortir, on fait la ligature par étages des ligaments larges en commençant par le haut. On enlève simultanément les annexes si c'est possible. Il ne reste plus qu'à détacher la vessie et à réséquer la paroi vaginale antérieure.

« Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urètre, puis on détache la muqueuse depuis celui-ci jusqu'au col, ce qui se fait en partie avec les doigts, en partie avec le bistouri. Une fois arrivé au col, on peut s'aider avantageusement dans le détachement de la vessie en opérant de haut en bas, c'est-à-dire par le cul-de-sac vésico-utérin. Si l'adhérence à la vessie était trop grande on inciserait à travers le muscle utérin. L'utérus enlevé avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale antérieure et postérieure y attachés, on réunit transversalement les deux lèvres résultant de la résection de la paroi vaginale antérieure; puis, après avoir réduit la vessie, on recouvre celle-ci avec le péritoine vésico-utérin, on suture la muqueuse vaginale. Puis les moignons des ligaments larges sont suturés au

vagin de chaque côté. La cavité péritonéale non oblitérée est fermée par un tampon de gaze iodoformée ».

Procédé de Martin. — « Le col étant saisi, et attiré avec une pince, on incise circulairement le vagin au niveau de l'hymen. La paroi vaginale antérieure est incisée longitudinalement d'avant en arrière et la vessie est séparée du vagin et de l'utérus. Le cul-de-sac vaginal antérieur est ouvert et le péritoine du repli vésico-utérin est suturé au bord antérieur de la plaie hyménéale et au-dessus de l'urètre. En arrière, le vagin est séparé du rectum et le péritoine recto-utérin est suturé au bord postérieur de la plaie hyménéale. On passe ensuite aux parties latérales du vagin qui sont détachées; les ligaments larges sont écrasés par l'angiotribe et l'utérus est enlevé en laissant les annexes en place. Les parois latérales de la plaie périnéale sont suturées par 5 ou 6 points. »

D'après Bröse, le côté original de ce procédé consisterait en ce que les surfaces saignantes placées derrière la vessie et devant le rectum sont recouvertes de péritoine ce qui faciliterait la guérison.

Pour Tuffier, cette disposition du péritoine est bien faite pour amorcer une hernie périnéale, soit en arrière de la vessie, soit en avant du rectum.

Procédé de Pozzi. — Pozzi circonscrit un grand lambeau triangulaire sur la paroi vaginale antérieure; son sommet est distant du méat urinaire de 2 à 3 centimètres, la base-comprend dans son écartement le col utérin; un petit lambeau triangulaire analogue est des-

siné sur la paroi postérieure; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange très allongé. Dissection des deux lambeaux de la muqueuse vaginale; dissection aux ciseaux de la vessie et à mesure que le col devient libre on l'incise de bas en haut sur sa face antérieure et on fixe les pinces sur la tranche de l'incision de manière à inciser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Ouverture aux ciseaux du Douglas; après dégagement de l'utérus sur ses deux faces, ligature des ligaments larges avec fil de soie et incision. Le processus cicatriciel se chargera de fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges. Réunion de la large plaie vaginale : En avant, suture continue au catgut à 3 plans superposés; en arrière, quelques points séparés de catgut, drainage par mèche de gaze iodoformée au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus. Périnéorrhaphie par dédoublement de Lawson Tait.

Procédé de Chaput. — « L'utérus étant fortement tiré en bas et complètement hors du vagin, je pratique une incision circulaire le plus près possible de la vulve à la partie la plus élevée de la tumeur. Une autre incision circulaire est faite autour du col utérin. Deux incisions verticale et latérales réunissent les deux tracés circulaires et limitent deux lambeaux vaginaux antérieur et postérieur, qu'on dissèque de haut en bas et qu'on résèque. On sectionne ensuite régulièrement les ligaments larges de bas en haut jusqu'à ce que l'utérus soit complètement enlevé; on remplace alors les pinces par

des ligatures, on avive la vulve, on la rétrécit par des sutures, enfin on tamponne le vagin à l'iodoforme. »

Chaput renonça bientôt à cette opération redoutant les dangers de l'hystérectomie vaginale, le glissement des ligatures et surtout les hémorragies abondantes; il se contenta alors de l'extirpation supra-vaginale élevée du col utérin avec résection large du vagin et colporraphie antérieure et postérieure. Pozzi ne publia pas d'autres observations depuis 1894 et nous ne trouvons dans la littérature française que le cas de Duret publié en 1907 par Bonnet Laborderie. Notre maître M. Desmarest traita systématiquement depuis plusieurs années le prolapsus total des vieilles femmes par l'hystéro-colpectomie dont il simplifia la technique et qu'il compléta toujours par une périnéorraphie.

Technique de Desmarest. — Elle remplit les principales indications de la cure des grands prolapsus :

1^o Par l'hystérectomie vaginale, elle supprime le poids de l'utérus à soutenir et du même coup fait disparaître un organe souvent douloureux, hémorragique, métritique, présentant des ulcérations, ou en tout cas susceptible d'être ultérieurement malade, notamment de devenir cancéreux.

2^o Par la colpectomie totale qui est le temps capital, elle fait plus que de diminuer l'ampleur des parois vaginales trop lâches, puisqu'elle supprime cette cavité, véritable trajet herniaire que le processus de cicatrisation transformera en une colonne fibreuse.

3^o Par la suture des releveurs et de tous les tissus

fibreux qui doublent la muqueuse vaginale, elle reconstitue le plancher périnéal.

Soins pré-opératoires. — *Généraux* : L'opération d'un prolapsus génital total n'est pas exempte de tout danger; aussi ne saurait-on attacher trop d'importance aux soins pré-opératoires et négliger aucune précaution qui permettra à la malade de bien supporter l'acte chirurgical et qui assurera un bon résultat.

Les malades auxquelles on s'adresse sont âgées, souvent même ce sont de vieilles femmes, la plupart artérioscléreuses ou emphysémateuses; celles qu'on soigne à l'hôpital sont en outre usées par de nombreuses maternités, par les privations, par les travaux pénibles auxquels elles se sont livrées quelquefois jusqu'au jour de leur admission malgré la gêne et les douleurs causées par leur infirmité. On ne peut faire subir à de telles malades une opération importante qu'à condition de les mettre au repos pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines, de remonter leur état général par des toniques et surtout par une bonne alimentation, d'assurer le bon fonctionnement du tube digestif au besoin par des lavements ou des laxatifs. On profitera de ce laps de temps pour pratiquer un examen attentif de tous les appareils, notamment cardio-vasculaire, respiratoire, urinaire; la recherche de l'albumine, du sucre, du pus, sera faite par les urines et on n'hésitera pas à pratiquer une cystoscopie et si cela est nécessaire un cathétérisme des uretères afin de s'assurer du degré de perméabilité des reins et de la valeur fonctionnelle

de ces organes. L'état pathologique de l'appareil urinaire explique les désastres qui arrivent quelquefois à l'improviste, aussi certains opérateurs redoutent-ils les prolapsus, même moyens, alors qu'ils sont réductibles quand ils apparaissent chez des femmes âgées (cas de Mouchet et Dreyfus : prolapsus utérin, vésical et rectal, incoercible et inopérable chez une femme de 62 ans; mort par infection urinaire ascendante).

Locaux : On assurera par des injections, par des lavages bi-quotidiens, l'antisepsie de la vulve et des parties prolabées et on favorisera par des pansements appropriés, la cicatrisation des ulcérations que présente le plus souvent le col.

Quand le sujet paraîtra en état de supporter l'intervention, il sera purgé légèrement l'avant-veille du jour fixé et il prendra un lavement la veille. Les parties génitales seront savonnées, rasées, recouvertes d'un pansement aseptique; immédiatement avant l'anesthésie, la vessie sera évacuée complètement par sondage : pour atteindre ce but, on aura soin de refouler avec une main la paroi vaginale antérieure afin d'exprimer la cystocèle.

Opération. — Anesthésie : L'anesthésie locale est difficilement utilisable pour une intervention aussi complexe, mais elle peut suffire pour une colpectomie simple. En revanche, on peut recourir aux anesthésies régionale ou rachidienne mais c'est à l'anesthésie générale qu'on fait le plus souvent appel. Nous avons employé l'éther plus souvent que le chloroforme et nous n'avons eu aucune complication; ces deux anesthé-

siques administrés à de vieilles femmes dont les appareils cardio-vasculaire, pulmonaire, urinaire sont déficients, ne sont cependant pas sans présenter de dangers et sans assombrir le pronostic opératoire. Dans trois cas nous avons employé un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène qui est beaucoup moins toxique que l'éther et que le chloroforme : les malades reprennent connaissance très rapidement, ne vomissent pas en général, ne sont pas shockés. Nos préférences vont à ce mode d'anesthésique qui est tout particulièrement indiqué chez ces malades atteintes plus ou moins de débilité sénile auxquelles on fait subir une opération relativement longue.

Position de la malade. — La malade est mise en position gynécologique : couchée sur le dos, les cuisses en demi-flexion et en abduction légère. Le champ opératoire est désinfecté à la teinture d'iode.

1^{er} TEMPS : Cas où l'utérus est en place.

Hystérectomie vaginale banale avec ligatures. Les difficultés en sont réduites au minimum et les ligatures peuvent être faites sûrement et avec soin car tout se passe au dehors ; on pratiquera avec attention le décollement de la vessie, les rapports de celle-ci avec le col étant modifiés par l'allongement hypertrophique de ce dernier.

a) Prise et abaissement du col utérin avec deux petites pinces à griffes.

b) Désinsertion du vagin par une incision circulaire au niveau de son insertion sur le col.

c) Libération du col en avant et sur les côtés poussée aussi profondément que possible. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur dans lequel on place une valve longue et étroite.

d) Libération du col en arrière. Ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur.

e) Hémisection médiane antérieure jusqu'au fond de l'utérus et bascule de l'organe en avant.

f) Extraction des annexes. Hémostase et section des ligaments larges. L'utérus et les annexes enlevés, on remplace les pinces par des ligatures au catgut et on ferme le péritoine par adossement.

Cas où le col seul est resté : On incise le vagin. On va jusqu'au bord supérieur du moignon en avant, pas en arrière. On enlève le col; en le rasant, on peut ne pas ouvrir le péritoine.

2^e TEMPS : *Colpectomie.*

a) Incision verticale et médiane antérieure : Décollement de la vessie qui est refoulée en haut et en avant. Décollement latéral jusqu'aux branches ischio-pubiennes. Ce décollement s'accompagne d'un suintement sanguin plus ou moins abondant mais jamais inquiétant ni même très gênant dû à la vascularité très grande des tissus prolapsés et à leur friabilité; cette vascularité n'a rien d'étonnant, d'après Reynier : les prolapsus utérins se rencontrent le plus souvent chez des variqueuses et presque toujours, en même temps que le prolapsus, il existe un varicocèle des vaisseaux du ligament large.

b) Incision verticale et médiane postérieure : Décolle-

ment recto-vaginal, facile en général et sans danger parce qu'une chute de la paroi antérieure du rectum est exceptionnelle.

Le décollement latéral est poussé jusqu'à l'adhérence aux releveurs.

On a alors deux larges lambeaux qu'on résèque en gardant tout juste assez de tissu pour suturer.

3^e TEMPS : *Suture des muscles releveurs.*

On isole de chaque côté les muscles releveurs avec l'aponévrose qui les recouvre; d'un sujet à l'autre, ils varient beaucoup par leur volume, mais il est exceptionnel qu'ils soient distendus au point d'être inutilisables. On les adosse l'un à l'autre par une série de catguts chromés n° 2 passés d'arrière en avant. On capitonne superficiellement ce plan musculaire par les tissus fibreux qui doublent la muqueuse et on suture les tranches vaginales soit verticalement, soit transversalement. Drainage par un petit drain ou un faisceau de crins et mise en place d'une mèche.

Nous évitons autant que possible l'emploi de la sonde à demeure afin de réduire au minimum les risques d'infection vésicale; l'opérée le plus souvent réussit à uriner seule et ce n'est qu'en cas de rétention qu'on la sonde; le cathétérisme est naturellement pratiqué avec l'asepsie la plus rigoureuse.

La durée de l'opération varie de 3/4 d'heure à une heure au maximum; les trois temps peuvent facilement être pratiqués dans la même séance.

Soins post-opératoires. — Généraux : Ce sont ceux qu'on donne à toutes les grandes opérées : réchauffement, toni-cardiaques, etc.

Locaux : Matin et soir et après chaque miction ou chaque sondage, irrigation à l'eau bouillie ou légèrement antiseptique et renouvellement du pansement.

La mèche est retirée le 2^e jour à moins qu'il y ait un suintement sanguin abondant, fait très rare. Le drain tombe seul vers le 6^e ou 7^e jour en général. Les crins sont enlevés le 10^e jour. On peut voir un suintement purulent et assez souvent du sphacèle des tissus superficiels ; les lavages au Dakin ou avec une solution étendue de liqueur de Labarraque désodorisent la plaie et en assurent un nettoyage parfait.

Les premiers jours, alimentation légère : infusion chaude 7 heures après l'anesthésie s'il n'y a pas eu de vomissement.

Les deux premiers jours, bouillon et lait ; le 3^e jour bouillon, lait, purée. Administration d'un lavement. Le 4^e jour, purgation, ensuite régime ordinaire.

Lever du 18^e au 21^e jour, la cicatrisation est parfaite et la malade peut quitter l'hôpital.

Gravité de cette intervention.

Cette opération ne présente pas de gravité en soi ; nous ne relevons aucun cas de mort opératoire dans nos observations, et cependant la plupart des malades avaient un état général peu satisfaisant et quelques-unes

étaient très âgées. La gravité ne peut venir que de complications :

Complications locales :

a) Infection : exceptionnelle.

b) Péritonite : tout à fait exceptionnelle quand la stérilisation des instruments est parfaite et quand aucune faute opératoire n'est commise.

c) Hémorragies : signalées par Lucas-Championnière, Pozzi, Zolonitsky. Bouilly écrit que « les hémorragies peuvent être abondantes et dangereuses » ; Chaput a été frappé « par l'abondance extraordinaire de l'écoulement sanguin ; les parois vaginales nécessitaient autant de pinces qu'elles en pouvaient porter, les surfaces cruentées pleuraient du sang ».

Dans aucune des opérations pratiquées suivant la technique que nous avons décrite, nous n'avons constaté d'écoulement sanguin inquiétant ; il se produit bien une hémorragie en nappe mais elle cède très facilement au tamponnement ou à la suture. Les hémorragies secondaires dues au glissement des ligatures seront évitées si l'on fait celles-ci correctement et avec soin.

d) La blessure du rectum est impossible.

e) La blessure de la vessie a été signalée par Le Dentu ; Quénu, Lejars, Hartmann, ont observé l'excès d'adhérence de la vessie et la difficulté de son décollement. Cet accident sera évité en pratiquant ce temps avec attention et en rasant bien la paroi vaginale avec la pointe des ciseaux.

Complications générales :

Elles seront évitées à peu près sûrement si l'on a pratiqué, avant d'intervenir, un examen complet de la malade. Elles seraient le fait d'indications opératoires mal posées.



CHEZ QUI FAUT-IL PRATIQUER LA COLPECTOMIE TOTALE

On la pratiquera chez les vieilles femmes seulement et on les préviendra de la mutilation qu'on doit leur faire subir; la colpectomie supprimant la cavité vaginale rend tout rapport impossible. Cependant Vignard a constaté chez une de ses opérées que le cul-de-sac vaginal permettait une certaine pénétration. Savariaud a eu la surprise de constater chez ses deux malades colpectomisées que, malgré une résection aussi étendue que possible du vagin, il s'était reformé une nouvelle cavité vaginale admettant dans un cas un spéculum ordinaire, dans l'autre un spéculum virginis. Nous pensons que ce sont là des faits exceptionnels et que le plus souvent la cavité vaginale consécutive à l'opération est impropre au coït; ces femmes doivent donc renoncer aux rapports sexuels mais elles paient d'un prix relativement minime à leur âge la disparition d'une infirmité très gênante.

1° En cas d'inversion vaginale proprement dite.

2° En cas de prolapsus total génital incoercible, « prin-

ciatement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, spécialement lorsque l'état du vagin et du périnée ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutien » (Quénu; indications de l'hystérectomie vaginale).

3° En cas d'échec de plusieurs opérations anaplastiques et de toute tentative d'opération conservatrice. On n'interviendra pas avant la ménopause car, d'après les auteurs, quoique précipités, ces utérus sont encore propres à la fécondation. Toutefois on pourra avoir la main forcée par des sujets dont le moral est atteint par cette infirmité et qui désirent en être débarrassés à tout prix (Obs. 27).

4° En cas d'utérus prolabé, fibromateux, néoplasique ou refoulé par une tumeur de voisinage, ou bien dont les annexes sont malades.

5° En cas d'atrophie sénile de la muqueuse vaginale ou au contraire de l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent.

6° En cas d'utérus prolabé, atrophié, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total.

7° Quand au cours d'une intervention conservatrice on trouve des lésions locales telles que le succès est impossible (Obs. 30).

QUAND NE FAUT-IL PAS PRATIQUER LA COLPECTOMIE TOTALE

La seule contre-indication est la débilité sénile, la déchéance organique profonde, liée à des lésions viscérales.

RÉSULTATS

La colpectomie simple donne, d'après les chirurgiens qui l'ont pratiquée, de bons résultats immédiats et éloignés, mais dans les observations que nous avons relevées ceux-ci sont relativement récents : le plus rapproché de l'opération date de 2 mois 1/2 (obs. 6), le plus éloigné de 14 mois 1/2 (obs. 9) Gaston relève dans sa thèse sur 69 opérations (au nombre desquelles il compte les deux opérations de Savariaud et celle de Papin):

67 résultats heureux.

Une récurrence (due à une faute opératoire et à la suppuration, cas de Fallenberg).

Une mort (femme atteinte de démence sénile thèse de Biehly).

Des 21 malades opérées par hystéro-colpectomie :

13 sont guéries après un laps de temps variant de 2 mois 1/2 (obs. 33) à 5 ans (obs. 23) et 14 ans 1/2 (obs. 16).

Une présente au bout de 27 mois une légère rectocèle qui ne la gêne pas (obs. 17) : l'opération n'avait pas été complétée par la périnéorraphie.

Une est morte des suites de l'opération (obs. 14) : elle était cardio-rénale et emphysémateuse.

Une est morte un mois après l'intervention (obs. 25), sans que le décès puisse être imputé à l'opération : la malade était albuminurique et avait un très mauvais état général.

5 n'ont pu être retrouvées.

En somme, on peut affirmer que l'hystérectomie vaginale, malgré le grand âge des malades n'aggrave pas le pronostic opératoire. Le résultat est parfait si l'on a soin de terminer par une périnéorraphie ; dans les cas où celle-ci n'a pas été faite, les résultats ont été moins satisfaisants (dans l'obs. 13 par exemple persistait une légère cystocèle qu'une périnéorraphie secondaire a fait disparaître. Dans l'observation 17, persistance d'une rectocèle légère). Dans nos observations personnelles, nous avons noté chez les malades revues ou chez celles qui nous ont écrit une disparition de tous les troubles fonctionnels et une amélioration considérable de l'état général.

Localement, nous n'avons constaté chez aucune, de tendance à la récïdive : après cinq ans (obs. 23), 34 mois (obs. 26) ; 22 mois (obs. 27) ; 34 mois (obs. 28) ;

10 mois 1/2 (obs. 30); 9 mois (obs. 31); 2 mois 1/2 (obs. 33).

Signalons enfin les résultats obtenus par l'opération de Fritsch pratiquée par plusieurs chirurgiens (résultats publiés en 1894 par Hartmann et Du Bouchet) : Monagle : une guérison après 4 ans. Martin : une guérison après 7 ans. Une guérison après 15 mois. Une guérison après 13 mois. Une guérison après 11 mois. Fritsch : 2 guérisons datant de 3 ans.

Observations de Pozzi (*Soc. de Chir.* 1894).

Observation 13. — Louise L..., prolapsus complet. Opérée le 8 Mai 1891, sortie le 4 Juin guérie avec un peu de cystocèle. Ultérieurement périnéorraphie de Hegar. Tout à fait guérie de son prolapsus ; peut se livrer à ses travaux qu'elle avait dû interrompre.

Observation 14. — Blondine G..., 41 ans ; prolapsus complet de l'utérus et du vagin ; petits fibromes interstitiels ; double lésion annexielle. Le 24 Mars 1892, hystérolcolpéctomie. Mort le lendemain par congestion pulmonaire (malade emphysémateuse et cardiaque).

Observation 15. — Prolapsus utérin et vaginal avec allongement hypertrophique du col. Opération le 14 Avril 1892. Sort guérie le 6 Mai avec un peu de prolapsus vaginal ; n'est pas revenue pour une périnéorraphie complémentaire, donc a été assez améliorée pour continuer son travail.

Observation 16. — Malade âgée de 56 ans, opérée le 15 Décembre 1893 : hystérectomie, large colporraphie, périnéorraphie dans la même séance.

Résultat immédiat (21 jours après l'opération) : est des plus satisfaisant. Par le toucher on sent au fond du vagin une cicatrice ombiliquée résistante et haut située.

Résultat éloigné (au bout de 14 ans 1/2; Société de Chirurgie 17 Juin 1908) : Malade âgée actuellement de 70 ans chez qui j'ai pratiqué le 15 Décembre 1893 dans la même séance l'hystérectomie avec colpectomie suivie de périnéorraphie par dédoublement. 25 jours après, le résultat était excellent. Aujourd'hui, la guérison s'est parfaitement maintenue pour que la malade ait continué à mener une vie active nécessitée par son état de misère. Il n'y a plus trace de cystocèle et la vulve n'offre aucune béance. Cette femme retient facilement ses urines pendant 3 heures, tandis qu'autrefois elle avait des envies incessantes d'uriner.

Observations de Chaput (*Archives de Tocologie
et Gynécologie*, 1894).

Observation 17. — Antoinette A..., 66 ans. Prolapsus complet depuis 16 ans. Opérée le 20 Avril 1891 (colporraphie antérieure et colpo-périnéorraphie postérieure; quelques mois après l'utérus prolabe à nouveau et s'étrangle en passant à travers la vulve étroite.

Opérée le 22 Juillet 1891 d'une oblitération du vagin qui échoua à cause d'une hémorragie.

Le prolapsus ayant récidivé, je pratique le 7 Septembre 1891 l'hystérectomie vaginale avec résection du vagin (technique décrite). Pas d'opération vulvaire. En Janvier 1894, le vagin a disparu; la malade présente seulement un cul-de-sac vulvaire. Une rectocèle du volume d'une noix fait saillie à la partie postérieure de la vulve (qui n'avait pas été rétrécie); la malade travaille dans la salle comme infirmière, elle est très satisfaite du résultat. Il serait très facile d'exciser la rectocèle, mais la malade n'y tient pas, n'en étant pas gênée.

Observation 18. — Pélagie D..., 23 ans, maigre, chairs flasques, est entrée en 1890 à l'hôpital à St-Jean à Bruxelles pour un prolapsus complet pour lequel le Docteur Sacré lui a fait une hystéropexie. Trois semaines après, récurrence. Elle entre à la Salpêtrière en Août 1891; elle présente une cystocèle et une rectocèle énormes. Le col utérin est très remonté dans le vagin; le fond de l'utérus adhère à la paroi abdominale; hystéromètre : 15 centimètres.

Le 26 Août 1891. — Extirpation de l'utérus et du vagin.

Colpo-périnéorrhaphie de Doleris (technique décrite); la section de l'adhérence qui unit l'utérus à la paroi abdominale est laborieuse). N'a pas été revue.

Observation 19. — Aimée M..., 46 ans. Il y a 6 ans notre collègue Picqué lui a fait successivement une amputation du col, une colpo-périnéorrhaphie, un Alexander. Il y a deux ans M. Picqué lui fit une nouvelle périnéorrhaphie et un nouvel Alexander, récurrence rapide du prolapsus. Il y a un an, M. Campenon lui fit à Necker une hystéropexie. 15 jours après, le prolapsus récidivait. La malade entre à la Salpêtrière en Décembre 1891; le col dépasse la vulve de 4 travers de doigt, cystocèle et rectocèle. Hystéromètre : 16 centimètres. Le fond de l'utérus adhère à la paroi abdominale. Le 22 Décembre 1891 : hystérectomie vaginale et résection du vagin (technique décrite); ablation de ce qui reste de muqueuse vaginale sur la demi-circonférence de la vulve. Trois sutures vulvaires au fil d'argent avec l'aiguille d'Emmet. Bourrage iodoformé.

La malade resta deux mois encore dans le service; à la sortie elle était en très bon état et le prolapsus n'avait aucune tendance à la récurrence.

Observation 20. — Caroline Th..., 58 ans. Vulve énorme, cystocèle, rectocèle et prolapsus complet, hystéromètre 10 centimètres. Opérée d'après la technique décrite; hémor-

ragie très grave à la suite du glissement d'une des ligatures, il est très difficile d'en retrouver l'origine, le pédicule étant remonté dans le bassin et le champ opératoire encombré par un grand nombre de pinces. Je pratique d'urgence le débridement de la vulve et je retrouve facilement le vaisseau; 6 à 8 pinces sont laissées en place sur les parois vaginales et les parties molles.

Pas de colpoperinéorraphie. Suture du débridement vulvaire.

La malade est sortie deux mois après en très bon état. Je n'ai pu depuis me procurer de ses nouvelles.

Observation 21. — Eulalie G..., 57 ans, vulve énorme, cystocèle, la portion vaginale du col mesure 5 centimètres, hystéromètre 9 centimètres. Le col n'arrive qu'à la vulve dans la station couchée; il prolabe entre les cuisses dans la station debout. Le 15 Avril 1892, ablation de l'utérus et du vagin. (Technique décrite). Une des pinces inférieures ayant dérapé, le pédicule se rétracte dans le ventre, hémorragie considérable. Je débriide d'urgence la vulve et laisse les grosses pinces à demeure et une vingtaine de petites sur les tranches vaginales. Le débridement ne put être suturé à cause des pinces vaginales; il reste donc béant tout d'abord. La malade ayant eu de la diarrhée, infecta sa plaie vulvaire et elle eut une poussée assez grave de septicémie dont elle finit par guérir. Le 15 Mai 1893, je grattai la plaie vulvaire pour l'aviser et je la suturai. Guérison. J'ai revu la malade le 12 Janvier 1894; elle présente une vulve très étroite, un vagin réduit à un cul-de-sac de deux à trois centimètres et pas trace de prolapsus.

Observation 22. — (Bonnet-Laborderie, *Journ. des Sciences Médic. de Lille*, 1907).

Malade âgée de 44 ans et demi, ménagère, entre dans le service de Duret le 25 Février 1907 pour un prolapsus datant

de 14 ans. Antérieurement 4 grossesses à terme, accouchement aux forceps; au 3^e, déchirure partielle du périnée non suturé. 2 avortements. Colpo-périnéorrhaphie en 1897. L'opération réussit et la malade mène à bien une 5^e grossesse. Le prolapsus se reproduit peu de temps après l'accouchement et ce n'est qu'au bout de 9 ans que la malade se décide à se soigner : Prolapsus total; muqueuse épaissie kératinisée, ulcérée; pas d'allongement du col, irréductibilité; vessie entraînée dans le prolapsus; pas de gêne marquée de la miction, ni de la défécation; mauvais état général, gêne de la marche. Avant l'intervention on remonte l'état général et on désinfecte le col.

Opération le 23 Mars par Duret : hystéroclectomie totale. Le péritoine est suturé aux deux tranches vaginales voisines auxquelles on rattache les moignons résultant de la ligature des ligaments larges. Ces derniers sont adossés entre eux de façon à former un plan solide capable de résister aux poussées des viscères abdominaux. On passe un gros drain abdomino-vaginal et on réunit l'un à l'autre, par des fils de soie, les extrémités supérieures des lambeaux vaginaux restants qui arrivent à former ainsi un cul-de-sac de quelques centimètres de profondeur. Opération complétée par l'avivement de la fourchette et du périnée antérieur dont on rapproche ensuite les bords par catgut et crins. Sonde de Pezzer. Pansement gaze iodoformée.

Suites : la malade supporta très bien cette sérieuse intervention et son état général n'en fut en rien altéré.

Pansements et lavages fréquents. Le 6^e jour, le drain et la sonde sont retirés. Le 8^e jour, ablation des crins; la cicatrice céda partiellement. Cystite légère. Au début d'Avril lever; l'amélioration s'accroît; le périnée est cicatrisé; cul-de-sac vaginal profond de 4 à 5 centimètres, n'a aucune tendance à l'affaissement.

Observations personnelles (D^r Desmarest).

Observation 23. — Femme, 70 ans. La malade présentait depuis 20 ans un prolapsus qui va s'augmentant. Prolapsus total, gêne dans l'émission des urines, douleur lombaires. Sensation de pesanteur locale. Prolapsus réductible, mais dès qu'il est réduit la malade est prise de coliques extrêmement violentes avec sensation de nausée et altération des traits; dès qu'on enlève les tampons qui avaient servi à maintenir le prolapsus réduit, les accidents disparaissent en même temps que la tumeur se reproduit.

Opération en Décembre 1914. Etant donné le bon état général, anesthésie générale à l'éther. Comme la zone de décollement suinte assez abondamment, on laisse un drain et 2 petites mèches.

Suites opératoires: sont normales, écoulement purulent pendant un certain nombre de jours, cicatrisation, puis la malade sort guérie, après un mois de lit.

Suites éloignées: La malade a été revue récemment; sa santé, malgré son grand âge, est parfaite, elle n'a plus jamais souffert de l'infirmité qui rendait sa vie impossible.

Localement: petite cavité vaginale acceptant l'extrémité de l'index sur 5 à 6 centimètres, aucune saillie de la vessie ni du rectum, pas de troubles urinaires. La guérison peut être regardée comme définitive et totale.

Observation 24. — Mme Vve B. née Del..., 60 ans, entre le 21 Décembre 1915 à Laënnec pour un prolapsus utérin.

Il y a un an et demi dans la station debout apparaît à la vulve une tumeur d'un volume d'une noix facilement réductible. Pertes blanches empesant le linge, sensation de fatigue générale et de pesanteur dans le bas-ventre. La malade vient consulter à Laënnec dans le service du Professeur Hartmann où on lui conseille l'opération; elle s'y refuse et quitte l'hôpital. La fatigue générale et les pesanteurs s'accroissent, le

prolapsus augmente et rend la marche très difficile. Depuis trois semaines, la tumeur qui atteint le volume d'une grosse poire est irréductible ; la constipation s'est installée d'une façon opiniâtre avec de fausses envies d'aller à la selle. La malade put marcher encore 15 jours, mais depuis huit jours elle est obligée de garder le lit. Les mictions sont devenues plus fréquentes et moins abondantes.

Examen : Entre les grandes lèvres, on voit saillir un utérus du volume d'une très grosse poire. Ventre étalé, mou.

Urines : pas d'albumine ; présence de sucre.

Opération le 21 Janvier 1916 ; durée 45 minutes, opérateur. M. Desmarest ; anesthésie à l'éther : Mlle Schumann ; aides : Mmes Chadzinska, Bruniaux.

Technique décrite. La résection du vagin s'accompagne d'un saignement assez abondant qui nécessite la pose de quelques catguts. Drainage par 2 petites mèches iodoformées.

Suites : Légère suppuration. Température : entre 37° et 38° du 21 au 23 Janvier, entre 38° et 39° du 24 au 26, à partir du 26, la température descend rapidement à 37° et s'y maintient. La malade se lève le 2 Février, sort le 3 cicatrisée en très bon état. Nous avons pu apprendre qu'elle était encore vivante fin 1917. Il nous a été impossible de retrouver sa nouvelle adresse.

Observation 25. — Mme J..., née V..., 55 ans, entre le 14 février 1917 à Laënnec, pour une sensation de pesanteur dans le ventre l'empêchant de marcher.

Elle a eu une déchirure du périnée à son premier accouchement et éprouve depuis cette époque une sensation de pesanteur dans le bas-ventre ; son médecin constate déjà un prolapsus utérin et une légère rectocèle. Elle a encore quatre enfants, les accouchements sont normaux, la sensation de pesanteur va en s'accroissant, mais la malade n'a jamais de véritables douleurs. Fin janvier, elle ressent une

brûlure au moment des mictions qui deviennent plus fréquentes et au niveau des lombes des douleurs qui s'irradient dans les régions iliaques droite et gauche et vers la racine des cuisses. Le prolapsus augmente de volume et la sensation de pesanteur d'intensité obligeant la malade à s'aliter et finalement à entrer à l'hôpital. Pas de troubles digestifs, légère constipation; les appareils respiratoire et circulatoire ne présentent rien de pathologique. Les urines ne contiennent pas de sucre, mais 0 gr. 75 d'albumine. Examen : prolapsus total de l'utérus avec volumineuses cystocèle et rectocèle. Opération : 23 février 1917, durée 45 minutes. Opérateur : M. Desmarest; anesthésie para-sacrée; aides : Mmes Chadzinska, Gant.

Technique décrite. suites : température entre 37° et 38° pendant 15 jours, puis normale; le 26 février, sphacèle qui s'élimine le 11 mars; à cette date, aspect satisfaisant, mais les lèvres de la plaie sont en partie décollées. Le 13 mars, passage à Chassaignac et décès le 25 mars 1919.

Observation 26. — Mme S..., 60 ans. Prolapsus vaginal secondaire à une hystérectomie isthmique, faite cinq ans auparavant.

Malade très incommodée par cette issue des parois vaginales. Douleurs lombaires, gêne de la marche.

Localement : dans la station debout, toute la muqueuse vaginale antérieure et postérieure est complètement extériorisée, avec ulcération du centre de la tumeur. Col utérin ulcéré. Sous l'influence de l'effort, tension très marquée de la tumeur périnéale.

Tumeur facilement réductible, mais elle se reproduit dès que la malade se lève ou fait effort.

Opération : Mars 1917 : Colpectomie totale.

Incision verticale du vagin au-dessous de l'urètre, décollement de toute la paroi antérieure du vagin jusqu'au niveau du col qui est libéré jusqu'à son orifice interne; puis incision

postérieure verticale jusqu'à la fourchette, avec décollement de tout le vagin qu'on pousse jusqu'à l'orifice interne du col qui ne tient plus que par des brides fibreuses latérales; ces dernières sont sectionnées entre deux pinces. Des ligatures sont placées sur les tissus fibreux péri-cervicaux, on termine par la résection vaginale totale en ne gardant qu'une petite bande antérieure et une petite bande postérieure qui sont réunies par une série de points au catgut; on laisse au centre un petit drain et 2 petites mèches.

Suites opératoires : normales, mèches enlevées le 2^e jour; par le drain, pendant 5 à 6 jours, issue de liquide purulent mal odorant; petits lavages locaux à l'eau oxygénée; le drain tombe seul; la cicatrisation s'achève assez rapidement.

La malade est restée au lit 20 jours et sort guérie.

Suites éloignées : depuis cette époque, la malade reste complètement guérie sans aucun trouble fonctionnel.

Observation 27. — Mme S., 49 ans, 2 enfants; au premier accouchement, déchirure large qui n'a pas été suturée.

En Juin 1944, la malade présente les symptômes d'un prolapsus pour lequel, un an après, une opération est faite, dans un hôpital (colpo-périnéorraphie); 8 jours après sa sortie de l'hôpital, la malade constate que l'opération n'a amené aucun changement dans son état; le prolapsus s'est reproduit, la chute des parois vaginales s'accroît et quand elle m'est présentée, je constate l'existence d'une chute totale des parois vaginales, le vagin est retourné en doigt de gant, le col et les portions du vagin attenantes sont le siège d'ulcères assez étendus. Dans l'effort et la toux, le prolapsus se tend. La malade ne peut plus marcher que munie d'un pansement; bref son état est tel qu'elle me demande de la guérir à n'importe quel prix.

On peut réduire aisément l'organe retourné, mais la lésion se reproduit dès qu'on cesse de refouler les parois vaginales.

Pas de douleur à la miction, pas de troubles urinaires, douleurs lombaires tenaces et persistantes.

Au toucher, on ne sent pas les bandes des muscles releveurs ; je propose à la malade une nouvelle colpo-périnéorraphie sans pouvoir lui donner l'assurance qu'elle sera complètement et définitivement guérie.

Cette opération à laquelle je voulais adjoindre la ventrofixation est refusée par la malade qui craint une récurrence. Dans ces conditions je lui expose qu'elle peut être guérie par une colpectomie totale mais que son âge m'éloigne de l'idée d'une telle mutilation. A la demande de la malade qui l'exige de moi, je pratique le 28 Mars 1918 une hystérectomie vaginale suivie de colpectomie totale.

Opération le 28 Mars 1918 : Opérateur, Desmarest; anesthésie à l'éther, Dumont; aides : Cisneros et Leyba.

Technique habituelle. Particularités : on a une certaine difficulté par suite des adhérences créées par l'opération antérieure à décoller les parois du vagin. On arrive cependant à décoller toute la poche vaginale, à l'exciser, mais les tissus sous-muqueux saignent abondamment. Suture des parois vaginales sur la ligne médiane et verticale. On est obligé, à la partie centrale, de laisser un tampon à cause d'une petite artériole qui saigne assez abondamment dans le fond.

Suites : 30 Mars, ablation de la mèche ; il s'écoule du sang noirâtre. Lavages, pansements à plat. 1^{er} Avril, on constate un peu de sphacèle au centre de la suture.

La malade est sondée pendant les premiers jours. Les cathétérismes entraînent des douleurs vésicales assez vives avec un peu de pus dans les urines. Ces douleurs persisteront pendant un temps assez long ; elles sont la seule chose à noter au cours des suites qui furent normales. Sortie le 18 Avril, 21 jours après l'opération.

Suites éloignées : la malade a été parfaitement bien, elle a repris sa vie normale et les douleurs ont totalement disparu.

Un an après l'opération, poussée de cystite qui a duré de 10 à 15 jours.

Localement l'état est parfait; la muqueuse vaginale forme une sorte de cloison plane sur laquelle butte immédiatement le doigt; il n'y a pas eu de rétraction des tissus vers le haut; il n'y a plus de cavité vaginale. Sous l'effort le plan vaginal résiste sans aucune tendance à s'abaisser ni à s'affaisser.

La malade est tout à fait satisfaite de son état.

Observation 28. — Mme J..., 70 ans. Opérée le 20 Mars 1917 pour un double kyste de l'ovaire : hystérectomie isthmique ; suites très simples. Un an après, la malade revient de province avec un prolapsus total classique, réductible mais incoercible, s'accompagnant de gêne à la miction.

En Avril 1918, sous anesthésie rachidienne, colpectomie totale avec ablation du moignon du col ; un drain.

Suites immédiates assez mouvementées à cause de la faiblesse cardiaque. Au bout de 20 jours, la malade se lève et sort guérie.

Suites éloignées : elle n'a pu être revue, mais des nouvelles obtenues indirectement donnent sa santé comme excellente.

Observation 29. — Mme Vve M..., née B..., âgée de 76 ans, entre le 17 Juin 1918 à Laënnec pour pertes abondantes et gêne occasionnée par la chute de l'utérus.

Début il y a trois ans par lourdeur dans le bas-ventre, principalement exagérée par la station debout, par la toux, par les efforts ; peu après, issue par la vulve d'une masse constituée par l'utérus qui augmente peu à peu de volume. Pertes rouges et pertes blanches. Mictions fréquentes, mais pas d'incontinence. Pas de troubles digestifs. Dans les antécédents, 4 grossesses à terme ; accouchements normaux, sans déchirure du périnée.

Examen : Prolapsus total de l'utérus avec cystocèle et rectocèle.

Opération : le 18 Juin 1918, opérateur M. Desmarest.

Anesthésie à l'éther M. Amiot ; aide Mlle Lang.

Technique décrite. Suites : du 28 Juin 8 Juillet température oscillant autour de 38°, puis redevient normale. Sortie le 23 Juillet.

Résultat immédiat : bon état local et général.

Résultat éloigné : Au début de Janvier 1920, son fils nous a écrit : « Ma mère est morte le 13 Mars 1919 non des suites de son opération qui l'avait beaucoup soulagée, mais d'usure, ayant travaillé toute sa vie comme une mercenaire. »

Observation 30. — Mme T..., 49 ans, 7 grossesses. Amaigrissement volontaire la faisant passer de 96 à 42 kilos. Effondrement total du périnée avec issue de toute la paroi vaginale antérieure et retournement de toute la paroi vaginale postérieure.

Opération le 15 Février 1919 sous anesthésie rachidienne (faiblesse cardiaque ; la malade ne veut pas d'anesthésie générale) ; étant donné l'âge, on l'opère avec l'intention de faire une colpopérinéorraphie et secondairement une ventrofixation. Mais lorsqu'on a décollé le lambeau antérieur jusqu'aux branches ischio-pubiennes, la vessie fait une saillie très accentuée et il ne reste aucun tissu permettant de lui reconstituer un soutien ; on tente cependant une colporraphie antérieure : les tissus déchirent, la vessie retombe. On décolle le lambeau postérieur, on va chercher les bandes des releveurs, mais elles sont minces et la colpopérinéorraphie paraît vouée au même échec que la colporraphie antérieure. Dans ces conditions, on se décide à pratiquer une hystérectomie vaginale, à réséquer toute la paroi vaginale antérieure dont une partie a déjà été réséquée et à pratiquer de même la résection de presque toute la paroi vaginale

postérieure en ne gardant qu'un lambeau pour l'unir à la surface cruentée antérieure.

Les releveurs sont suturés tant bien que mal au catgut; suture muqueuse. Un drain, deux petites mèches.

Suites immédiates : au début, un peu angoissantes à cause du mauvais fonctionnement du cœur, puis normales.

Suites éloignées : Malade revue fin 1919; le vagin admet l'index sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Etat général bon.

Observation 31. — Mme Vve C. née D..., 61 ans, blanchisseuse, est passée en Février 1919 d'un service de médecine (hôpital Lariboisière) pour être opérée d'un prolapsus total de l'utérus.

7 accouchements dont 4 aux forceps, pas de déchirure du périnée. Pas de pertes blanches, pas de métrorragies. Prolapsus sorti depuis 15 ans; douleurs lombo-sacrées irradiant vers les cuisses, intermittentes, augmentées par la station debout et les efforts; sensation de pesanteur dans le ventre. Gêne considérable de la marche. Pas de troubles digestifs. Miction normale; urines claires. La malade avait été vue par M. Chaput qui ne l'avait pas opérée parce qu'elle perdait de temps en temps ses matières et ses urines.

Examen : toute la vessie est tombée. Paroi antérieure du vagin étalée, col serré. Paroi postérieure complètement retournée, sauf 1 centimètre de muqueuse au-dessus de la fourchette. Réduction sans douleurs. Au toucher, on ne sent pas le fond de l'utérus. Périnée effacé.

Opération le 31 Mars 1919; opérateur : M. Desmarest; anesthésie au protoxyde d'azote, M. Amiot; aides : MM. Delivet et Jacquot. Technique décrite. Particularités : le décollement de la vessie est assez difficile; on peut cependant le prolonger jusqu'aux branches ischio-pubiennes, ce qui détermine un peu de saignement.

Suites opératoires : 1^{er} et 2 avril, la malade n'urine pas spontanément. Le 5, au lavage, petite quantité de liquide

sanguinolent. Le 8, on constate une incontinence de matières qui existait encore quand la malade est retournée en médecine le 30 avril.

Résultat immédiat : satisfaisant; cicatrisation malgré la perte des matières.

Résultat éloigné : malade revue le 29 Décembre, 1919 soit 9 mois après l'opération. Bon résultat fonctionnel : plus de douleurs, plus de pesanteurs, aucune gêne dans la marche, mictions et fonctions du rectum normales (l'incontinence des matières a cessé).

Examen de la malade couchée : la vulve est légèrement béante; les petites lèvres écartées laissent voir les parois antérieure et postérieure du vagin qui bombent, surtout la postérieure. Sous l'influence de l'effort, elles n'ont pas tendance à se déplier en dehors de la vulve. Vagin profond de 5 centimètres environ; le doigt est arrêté au fond par un anneau cicatriciel. Hauteur du périnée : 2 centimètres. Abdomen flasque et étalé, vergetures; grosses varices à la racine des cuisses.

Examen debout : même dans l'effort, pas de prolapsus apparent à la vulve, mais alors écoulement de quelques gouttes d'urine.

Observation 32. — Mme de W. née M..., 55 ans, entre le 22 Mai 1919 à Lariboisière pour prolapsus utérin total.

Un accouchement à 23 ans avec déchirure du périnée non suturée. Début il y a deux ans par tiraillements dans le bas-ventre et apparition d'un prolapsus utérin qui s'accroît peu à peu et gêne la marche.

Examen : prolapsus total avec cystocèle et rectocèle; col énorme, tuméfié, irrité, présentant une large érosion, abdomen adipeux, parois molles. Appareil respiratoire normal. Appareil circulatoire : Battements irréguliers du cœur. Urines claires, ni sucre, ni albumine.

Opération le 4 Juin : Opérateur, M. Desmarest, Anes-

thésie au protoxyde d'azote : Amiot, Aides : Delivet, Jacquot.

Technique décrite. Suites opératoires normales : du 6 au 11 juin, température autour de 38°, ensuite température normale. Sortie le 28 juin. Résultat immédiat : bon.

Résultat éloigné : La malade n'a pu être retrouvée.

Observation 33. — Mme B... née L., 59 ans. Entre à Lari-boisière le 28 Octobre 1919 pour un prolapsus utérin total ulcéré. 3 enfants, Au premier accouchement, déchirure du périnée suturée. Début il y a 21 ans : pesanteur dans le bassin, tiraillements dans les aines. Pollakiurie, mais miction non douloureuse; urines claires, normales, pas de troubles de la défécation; pas de troubles dyspeptiques. Troubles nerveux : irritabilité, tristesse. Gêne de la marche; la malade ne peut sortir en ville. Prolapsus incoercible depuis 16 ans; ne reste pas réduit même dans la station horizontale.

Examen : sortant des lèvres, une grosse tumeur du volume du poing, molle, réductible, s'accroissant par la toux et l'effort. Tumeur à plis transversaux; parois kératinisées avec ulcération postérieure au pôle inférieur.

Opération, 4 Novembre 1919. Opérateur : M. Desmarest. Anesthésie au protoxyde d'azote : Dumont; aides : Delivet et Debray. Technique décrite. Sonde à demeure.

Suites opératoires : le 5 Novembre : malade pas fatiguée, pas de vomissements; 6 Novembre, très bon état général, chute du drain; 7 Novembre, ablation de la sonde à demeure. présence d'escarres; le 8 : miction douloureuse; on donne de l'urotropine et on fait des lavages de vessie au nitrate d'argent; le 12, chute des escarres; le 20, lever, amélioration des troubles vésicaux. Température du 5 au 13, oscille entre 37° et 38°, puis redevient normale.

Résultats immédiats excellents.

Résultats éloignés : Revue le 16 Janvier 1920, deux mois et demi après l'opération : Disparition des troubles fonc-

tionnels, plus de douleurs, 3 à 4 mictions par jour, non douloureuses, incontinence en cas d'effort. Pas de gêne de la marche (la malade court avec ses petits enfants), pique à la machine. Gaïeté, joie de vivre; regrette d'avoir tant attendu pour se faire opérer.

Examen : Vulve fermée, grandes et petites lèvres accolées; le vagin n'existe plus. Sa muqueuse forme une sorte de cloison plane non dépressible; vestibule vulvaire profond de 1 centimètre; ni cystocèle, ni rectocèle, même dans l'effort et la station debout; périnée haut de 2 centimètres, ne bombe pas.

En somme, résultat excellent, qu'on croit pouvoir considérer comme définitif malgré la date assez récente de l'opération.



CONCLUSIONS

1° La colpectomie totale est l'opération de choix dans la cure radicale des grands prolapsus génitaux chez les vieilles femmes.

2° Elle sera exécutée seule, ou mieux associée à la périnéorraphie :

a) Dans l'inversion vaginale proprement dite consécutive à certaines hystérectomies.

b) Chez les femmes âgées dont le mauvais état général nécessite l'anesthésie locale et une intervention très rapide.

3° Pour être d'une efficacité certaine, elle devra être associée :

a) A l'hystérectomie vaginale (qui supprime un organe plus ou moins pesant, désormais inutile, susceptible de devenir malade.

b) A la périnéorraphie.

Ces trois temps sont facilement et rapidement exécutés dans la même séance, avec une perte de sang minime, si le premier temps consiste en une hystérectomie vaginale banale avec ligatures.

4° Cette combinaison opératoire dont la colpectomie est le temps capital :

a) Remplit les principales indications de la cure des grands prolapsus.

b) Ne présente pas de gravité réelle.

c) Assure la guérison des procidences totales utéro-vaginales, ainsi qu'en témoignent les résultats éloignés et les succès obtenus après l'échec d'opérations antérieures.

5° La mutilation qu'entraîne la colpectomie en limite l'application aux femmes âgées suivant les indications que nous avons données.

6° L'anesthésique de choix pour cette opération relativement longue, pratiquée toujours chez des sujets âgés, débiles, est le protoxyde d'azote associé à l'oxygène.



Vu : le Président,
P. SEBILEAU

Vu : Le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie. — Trait. des prol. génit. par la bascule antér. de l'utérus avec suture des ligt. ronds aux releveurs de l'anus. *Arch. provin. de chir.*, Février 1913.
- Autefage. — Trait. chir. des gr. prol. utér., in *Arch. provinc. de chir.*, T. XIX, n° 8, Août 1910.
- Bastian. — L'hystérect. abd. dans le trait. du prol. utér.; un nouveau procédé de trachelopexie lig. double, in *Rev. méd. de la Suisse romande*, Genève 1906, XXVI.
- Bérard, Goullioud. — Récidive de prol. utér. par allong. except. du col; hystérect. abd. totale; ventrofixat. du vagin et des ligt., in *Soc. de Chir. de Lyon*, 7 Mai 1908.
- Beauvois. — *Th. Lille*, 1905. Hystér. subtot. av. trachelopexie.
- Blanc. — Trait. du prol. génit. des vieilles femmes par l'occlus. vulvaire. *Loire méd.*, T. XXIX, n° 6, 1910.
- Bonnet-Laborderie. — Un cas de prol. complet de l'utér. traité par l'hystérect. vag. av. ablat. de la plus gr. partie du vagin. *Journ. des Soc. méd. de Lille*, 1907.
- Bouilly et Lœwy. — Procédé opérat. par la cure des gr. prolapsus. In *Revue de gynéc.*, 1902. T. VI.
- Boyer. — L'opérat. dans le prolap. utér. *Th. de Montpellier*, Nov. 1909.
- Bröse. — Résultat du trait. des prol. par l'interposit. utér.

- Zeitschr. fur. Geb. u. Gynäk.*, T. LXVI, fasc. 1, 1910
(J. de C. T. V.).
- Chaput. — *Bull. de Soc. de Chir.*, Janvier 1894.
— Trait. des prol. génit. *Arch. de Tocol. et de Gynécol.*,
1894.
- Chavannay. — Du cloison. du vagin dans le prol. utér.
complet chez les femmes âgées. *Presse méd.*, Oct. 1909.
- Christides. — Opérat. de Freund Schauta pour la cure du
prol. total. *Rev. méd. de la Suisse romande*, T. XXX,
n° 12, 1910.
- Delanglade. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, Juin 1907.
- Delbet. — *Traité chir.*, Duplay. Reclus, T. VIII.
— Prol. utér. *Journ. des Praticiens*, T. XXVIII, n° 19,
1914.
- Delbet et Caraven. — De l'hystéropexie isthmique. *Rev. de
gyn. et de chir. abd.*, T. XII, Paris 1908.
- Doleris. — Les ptoses génitales. *Rev. prat. d'obstét. et de
gynécol.*, 1903.
— De l'hystéropexie physiol. ou lig. : *La Gynécol.*, 1904.
- Depage. — Techn. de la cure du prol. utér. complet. *Soc.
belge de chir.*, T. XI, 1911.
- Duplay et Chaput. — *Arch. gén. de méd.*, Juin 1889.
- Duval et Proust. — Techn. de la suture des relev. au cours
de la périnéor. *Presse méd.*, 1902.
- De Vreese. — La cure des prol. génit. *Journ. de Chir. belge*,
T. XIV, n° 3, 1914.
- Gaston. — L'opérat. de Muller dans les gr. prol. *Th. Paris*,
1910.
- Godart. — Trait. du prol. utérin. *Policlinique*, Bruxelles, 1907.
- Guénard. — De la cure des gr. prol. génit. par la méthode
de BOUILLY. *Th. Paris*, 1902.
- Hartmann et Du Bouchet. — L'hystér. vag. dans le trait. de
la chute de l'utérus. *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, 1894 et
1896.
- Jacobs. — Prol. utér. *Sem. gynéc.*, 1903, T. VIII.

Jacobs. — *Policlinique*, Bruxelles, 1896.

Jardin. — Contrib. à l'étude de l'hystér. vag. par le prol. utér. total. *Th. Paris*, 1900.

Juvara. — Trait. du prol. génit. chez les vieilles femmes par le procédé du cloison. du vagin. *Presse méd.*, T. XVIII, 1910.

Kendirdjy. — P. M. C.

Klein. — L'opérat. des prol. totaux par le procédé de Freund. in *Zeitsch. für Geb. u. Gynäk.*, T. LXXIV, n° 1, 1913 (*Journ. de Chir.*, Novembre 1913).

Krukova. — Colpectomie dans le prol., *Th. Genève*, 1903.

Lanique. — De l'hystérect. vag. totale dans le trait. du prol. utér. *Th. Nancy*, 1894.

Laroyenne. — Du trait. du prol. génit. par la suspens. de l'utérus et de la vessie à la paroi abd. *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, 1900, T. LIV.

Lapointe. — Les opér. conservat. dans le trait. du prol. génit., *La Clinique*, T. IV, 1909.

Lauvers. — L'exo-hystéropexie dans le trait. du prol. utérin, in *Bull. de l'Acad. roy. méd. de Belgique*, T. XXV, 1911.

Legueu. — Hystérect. abd. et prol. utér., *Congrès de Chir.*, 1901.

Lenormant et Petit-Dutaillis. — Indicat. et résultats de l'opérat. de BOUILLY, *La Gynécol.*, Avril 1914; *Journ. de chir.*, T. XX, Avril 1914.

Longuet. — L'hystérect. vag. dans le prol. utér. *Gazette des Hôp.*, 1898.

Mauclaire. — Prol. génit., *Journ. des Praticiens*, 1900.

Pauchet. — Trait. chir. du prol. de l'utérus et des parois vag., *La Clinique*, T. VIII, 1913.

Peyrin. — Contrib. à l'étude de l'opérat. de SCHAUTA-WERTHEIM. *Th. Lyon*, 1912.

Pichevin. — Traité de LE DENTU-DELBET, T. VIII.

— *Sem. gynécol.*, 1902, T. VII; 1903, T. VIII; 1906, T. XI.

- Pollosson. — Hystérect. abd. totale av. colpopexie. *Lyon méd.*, 1906.
- Potocki. — Trait. du prol. utérin. *Ann. de gyn. et d'obstét.* 1912, 2^e semestre.
- Pozzi. — Traité de gyn. *Soc. de Chir.*, 1894 et 1908.
- Quénu. — *Soc. de Chir.*, 1893, T. XIX; 1894, T. XX;
— *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, 1894.
- Richelot. — Sur le trait. des prol. génit., *Ann. de gynéc.*, 1896. Chirurgie de l'utérus.
- Rouffart. — Vagino-fixat. utér. et trachélopexie postér. par laparotomie. *Soc. Belge de Chir.*, 1911.
- Savariaud. — L'opérat. de MULLER. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, 1906. *Bull. de la Soc. anat.*, 1906, T. XXXI. *Soc. de Chir.*, 1919.
- Tremolières. — Trait. des prol. génit. *Province méd.*, Juin 1909.
- Tuffier et Guibal. — *Soc. de Chir.*, 1910.
- Vieux-Pernon. — De l'hystérect. abd. avec colpopexie. *Thèse Lyon*, 1906.
- Violet. — *Lyon méd.*, 1905.
- Vignard. — Colpectomie par le procédé de MULLER, *Gaz. méd. de Nantes*, 1908.



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
Aperçu des principales opérations faites dans les grands prolapsus. . .	9
Opérations conservatrices	11
Opérations mutilantes.	13
La colpectomie totale (Définition, Indications).	16
La colpectomie dans l'inversion vaginale proprement dite.	17
La colpectomie dans le prolapsus génital total (colpectomie simple) . .	20
La colpectomie combinée à l'hystérectomie vaginale	27
Chez qui faut-il pratiquer la colpectomie totale?	40
Résultats	42
CONCLUSIONS.	61
BIBLIOGRAPHIE.	63



Coulommiers. — Imprimerie DESSAINT ET C^{ie}.
